NursRxiv
DOI：10. 12209/issn2708-3845. 20220811002

1例痛风患者口服别嘌呤醇致大疱性表皮松解坏死型药疹的护理

任苏娅，郑　超
（北京市隆福医院 心血管内科，北京，100010）

摘要：本文收集并整理1例大疱性表皮松解症患者的临床资料，总结临床护理方案，探讨口服别嘌呤醇致重症药疹的护理方案。患者口服别嘌呤醇易引起大疱表皮松解症，是一种严重的药物过敏反应，在完善病情观察、皮肤护理和黏膜护理的同时，也需要加强患者的健康教育和心理护理，促进患者康复。

关键词：大疱性表皮松解症；重症药疹；皮肤护理；别嘌呤醇

Nursing of a patient with severe drug eruption caused by allopurinol for treating gout

REN Suya，ZHEN Chao
（*Department of Cardiovascular Medicine*，*Beijing Longfu Hosipital*，*Beijing*，100010）

ABSTRACT：This paper reviewed the clinical data and nursing management of a patient with epidermolysis bullosa，and investigated the nursing plan for severe drug eruption caused by allopurinol. The allopurinol is a frequent cause of severe drug eruptions such as epidermolysis bullosa. Based on the observation of illness condition，skin care and mucosa nursing，the health education and psychological nursing should be carried out to improve patient outcomes and recovery.
KEY WORDS：epidermolysis bullosa；severe drug eruptions；skin care；allopurinol

药疹是指药物通过口服、注射、吸入和外用等途径进入人体后，所引起的全身皮肤黏膜反应，是过敏反应的最常见类型[1]。药疹按皮损严重程度分为轻度、中度和重度，其中重度型药疹的症状往往较重，伴有发热，脱水，感染等症状，患者皮肤黏膜破坏严重，早期皮肤出现红疹，黏膜并未受到破坏，晚期严重时患者的皮肤黏膜坏死，溃烂，炎性累及眼、口腔、会阴等黏膜组织，导致双目失明、口腔溃烂等[2]。

别嘌呤醇是常用于治疗痛风及高尿酸血症的药物，为次黄嘌呤氧化酶抑制剂，可阻止次黄嘌呤和黄嘌呤代谢为尿酸，从而减少尿酸的生成，降低血中尿酸浓度。别嘌呤醇临床常见的不良反应有胃肠道反应、白细胞减少、血小板减少、发热、皮疹等[1]。在临床护理工作中，对于别嘌呤醇引起的药物不良反应要做到早发现、早干预。本文收集并整理1例大疱性表皮松解症患者的临床资料，总结临床护理方案，探讨口服别嘌呤醇致重症药疹的护理方案。

1　临床资料

本例患者3周前因痛风规律服用非布司他及别嘌呤醇后出现口腔溃烂，未予以重视。3 d前，患者感觉咽痛，自测体温升高，伴双侧球结膜充血，无明显咳嗽、咳痰、鼻塞流涕，无胸闷、胸痛、憋气，无尿急、尿痛，无腹泻、腹痛，前往医院就诊。抽血化验白细胞及中性粒细胞升高，肝功能轻度异常，胸部CT异常，给予头孢类药物及复方对乙酰氨基酚片（Ⅱ）（散利痛）。患者当日夜间出现全身充血性皮疹，考虑“重症药疹”，给予静脉应用甲

强龙、免疫球蛋白、厄他培南等药物,并补液对症治疗。

治疗后3 d内,患者全身皮疹渐出现水泡并破溃,出现皮肤剥脱、口腔黏膜充血水肿糜烂,双侧球结膜充血加重,伴有高热,体温波动于39.0～39.5 ℃。前来本院就诊。入院后嘱患者禁食,及时给予吸氧,详细记录出入量,给予红光照射治疗。给予抗生素药物治疗(他培南、甲泼尼龙等),泮托拉唑钠保护胃黏膜,葡萄糖酸钙静脉注射,水溶性维生素、氯化钾、葡萄糖等补充身体所需微量元素。

2　护理

2.1　病室环境

将患者安置在单间病房,进行保护性隔离,同时保证室温2～28 ℃,相对湿度40 %～50%。病室内用500 mg/L的含氯消毒剂擦拭地面,紫外线照射2次/d,室内开窗通风2次/d[3]。床单及被罩应柔软舒适,使用气垫床,防止局部皮肤受压过久,每日做好晨晚间护理,本例患者皮损严重,皮屑较多,应增加扫床次数,保证床单位干净整洁。进行操作前,应戴一次性手套,操作后及时摘掉手套,并进行手卫生消毒。尽可能选择皮肤完好处建立静脉通路,使用留置针,留置时间少于72 h,使用脱敏胶布固定针柄。体温计、血压计、止血带专人专用,用毕终末消毒[4]。

2.2　病情观察

密切观察患者生命体征变化,定时监测体温,患者体温波动39℃～39.5℃,应每4 h时测量1次体温,并遵医嘱给予物理降温或退热贴,并观察降温效果。本例患者体温高,应嘱其多饮温水,并注意保暖,防风寒侵袭机体,进行温水擦浴,注意勿用力过重导致黏膜出血,而加重病情;物理降温可冰敷额头、腋下、腹股沟,忌枕后、耳廓、心前区、腹部、阴囊及足底冰敷;遵医嘱给予退热药如吲哚美辛栓、对乙酰氨基酚缓释片(泰诺林)等。准确记录24 h出入量,并完善护理记录。

2.3　皮损护理

患者全身多处破溃,渗液较多。每日用生理盐水清洁皮损处,动作轻柔,勿用力擦拭,注意保暖,避免受凉。使用无菌剪刀将坏死的上皮剪掉,新长出的皮肤用重组人表皮生长因子溶液喷洒,促进表皮生长。及时更换浸湿污染的被服,防止压疮发生。同时注意修剪指甲、头发,做好个人卫生。使用红蓝光治疗仪,照射距离10 cm,光斑面积260 cm^2,照射时间20min/次,1次/d,使用过程中应佩带专用护目镜,照射结束后,用复方黄柏液浸湿无菌纱布,湿敷患处。30min/次,2～3次/d[5]。

2.4　黏膜护理

2.4.1 口腔黏膜护理:患者口腔黏膜溃烂严重,给予生理盐水或5%碳酸氢钠溶液漱口[6],若有大片黏膜脱落,则用无菌剪刀剪掉。口唇有血痂,患者出现张口困难,给予生理盐水纱布湿敷,同时鼓励患者练习张口动作。

2.4.2 眼部护理:重症药疹患者的眼部充血水肿,结膜粘连严重,应按无菌技术操作清洁眼部分泌物,每日用生理盐水冲洗眼部,使用金霉素眼膏,并鼓励患者多做睁眼动作,防止结膜粘连[7]。

2.4.3 会阴护理:向患者的陪护人员做好健康教育,告知患者大小便后应及时清洁会阴及肛周皮肤,不可用力擦拭,可用柔软毛巾擦净皮肤,始终保持会阴部清洁干燥。并用生理盐水纱布湿敷,以减少尿液对皮肤的刺激[8]。

2.5　用药观察

治疗本病,糖皮质激素是首选药物,且应足量,随着用量增加,药物的不良反应也不容忽视,在用药后注意观察患者神志、精神状态有无异常,及时告知医生予以处理。

2.6　健康教育

患者认知水平差、对疾病不了解,因全身皮肤改变而出现焦虑、烦躁情绪,所以临床护理工作中,医护人员要及时发现患者的情绪波动,给予患者足够的关心,多与患者沟通,鼓励患者说出自己的感受。可以向患者介绍疾病成功的案例,病愈后可恢复到正常皮肤状态,增强患者自信心,缩短疾病治疗时间[9]。

患者住院期间因黏膜破溃较严重,遵医嘱禁食,采取静脉输液方式给予患者营养支持。恢复期会有新生表皮再生,大量痂皮脱落,嘱咐患者勿用力抓挠;及时清理床上脱落的痂皮,并为患者修剪指甲;还要告知患者不能强行揭掉痂皮,恢复期新生表皮长出,皮肤发痒明显,嘱咐患者不可用力抓挠。出院后叮嘱其按时按量服药和用药,嘱咐患者勿使用已过敏或易致敏药物,用药期间注意观察用药后的反应,出现不良反应时及时停药,并告知医生[10]。

药疹起病急,病情进展迅速,患者会出现发热、大范围皮肤损伤、不同程度视力下降,常伴有

不同程度的自卑感,易产生焦虑、恐惧、悲观情绪。护理人员与患者进行沟通,耐心听取患者的倾诉,给予安抚,鼓励患者树立战胜疾病的信心,向患者家属做好解释,寻求亲情的力量,共同帮助患者克服困难。经医护人员的开导与鼓励,患者情绪基本稳定,能够积极配合治疗。

药疹为医源性疾病,因此预防尤为重要。出院前,责任护士向患者详细讲明何种药物过敏及可疑的致敏药物,避免以后再次使用;指导患者正确使用药物,嘱患者牢记致敏药物名称,每次就诊时主动告知医生药物过敏史,避免乱用药,含有已知过敏药物成分的复方制剂亦应禁用。刚出院时因机体抵抗力低下,应注意休息,加强营养,防止受凉。避免去公 共场所,增加上呼吸道感染的机会。用药过程中突然出现皮 疹、瘙痒、发热等表现应立即停用并尽早到医院就诊。

3 讨论

重症药疹导致死亡的主要原因包括继发感染、肝肾功能衰竭、内脏出血。因此,早期识别诊断药疹,及时给予正确的诊治和护理是抢救成功的关键。随着医学的发展和各种新药的不断问世,药疹的发病率呈现不断升高的趋势,且涉及药物的种类也增多,几乎涉及各类临床用药,所以医生在用药时须仔细询问既往过敏史,做到合理规范用药,杜绝药物滥用,特别警惕对致敏药物的应用,提高高危人群对药疹的防治识,降低病死率。与此同时,护士应具备高度责任心,能够充分认识病情的凶险,正确评估病情,预见性实施护理干预,对疾病的转归也起着至关重要的作用

本例患者经过治疗和护理后,病情好转出院。出院前,护理人员告知患者按医嘱规律服药,在服用已致敏药物时,严密观察药物可能出现的不良反应,一旦出现,立即停药并及时就医。平时要穿棉质衣服,选择宽松舒适型衣物,减少对皮肤的刺激。保持全身皮肤的干燥清洁,避免感染发生。此外,对重症药疹患者的护理过程中,医护人员还应加强和患者的沟通交流,鼓励其表达自己的想法,并帮助其树立战胜疾病的信心,确保患者积极配合治疗和护理,促进早日康复。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 王爱民. 36例重型药疹患者的观察与护理[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(11): 895-897.

[2] 赵艳, 段月明, 邢淼, 等. 口服别嘌呤醇致剥脱性皮炎病人的观察与护理[J]. 护理研究, 2015, 29(15): 1918-1919.

[3] 姚亚春. 大疱性表皮松解坏死型药疹35例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(31): 62-64.

[4] 黄贞, 苏琳琳, 王建玲, 等. 红蓝光照射辅助治疗对重症药疹患者炎性因子的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2020, 19(3): 257-260.

[5] 汪丽. 重症药疹12例护理体会[J]. 齐鲁护理杂志, 2006, 12(15): 1449-1450.

[6] 梁丽, 解东莉. 1例口服药物导致大疱性表皮松解坏死型药疹患者的护理[J]. 现代临床护理, 2015, 14(2): 78-80.

[7] 杨丽华, 赵秀峰, 陈晓华. 13例大疱性表皮松解坏死型药疹患者的护理[J]. 中华护理杂志, 2006, 41(10): 911-912.

[8] 全小荣, 廖丽君. 别嘌呤醇所致药疹21例临床分析[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2003, 17(6): 383-384.

[9] 冯和平, 傅裕, 吴意平, 等. 别嘌呤醇引起重型药疹3例[J]. 中国现代应用药学, 2003(2):168.

[10] 朱彩虹. 延伸性护理服务对痛风患者饮食依从性及疾病认知状态的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2016, 2(4): 15-17.
ZHU C H. Effects of extended nursing service on dietary compliance and disease awareness of patients with gout[J]. Nurs Integr Tradit Chin West Med, 2016, 2(4): 15-17.